Aus der kgl. chirurg. Univ.-Klinik zu München.
Direktor: Geh. Rat von Angerer.

Meine Peritonitis tuberculosa

und deren erfolgreiche Therapie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doctorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der kgl. Ludwig-Maximiliansuniversität in München

vorgelegt von

ACAD. LUDO BAT. BIBL.

Edmund Lang,
Medizinalpraktikant.

München 1911.
Verlag: Rudolf Müller und Steinicke.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Geheim. Rat Universitätsprofessor
Dr. Ottmar von Angerer.

Dem Freunde und ärztlichen Berater meines Elternhauses

Herrn Dr. Anton Lechleuthner

prakt. Arzt in Rosenheim

in Verehrung gewidmet.

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548309_0119

Das klinische Bild der Bauchfelltuberkulose ist äusserst wechselnd. Oft werden jugendliche Individuen befallen, welche sich in elendem Zustande befinden, manchmal auch blühend aussehende. Klinisch unwichtig sind diejenigen Fälle, in welchen die Tuberkulose des Bauchfells eine Teilerscheinung allgemeiner akuter Miliartuberkulose ist. Man findet alsdann kleine graue miliare Knötchen auf dem Bauchfell. Dagegen hat diejenige Form der Bauchfelltuberkulose grosse praktische Bedeutung, zu welcher sich eine mehr oder minder ausgebreitete Entzündung des Bauchfells hinzugesellt, so daß sich die Bauchfelltuberkulose in eine tuberkulöse Bauchfellentzündung umwandelt. Es treten dann Erscheinungen auf, die auf die entzündlichen Veränderungen in der Bauchhöhle hinweisen, wie hektisches Fieber, Spannungsgefühl und Schmerzhaftigkeit.

Bauchfelltuberkulose und tuberkulöse Bauchfellentzündung

Ueber die Indikation zu einem operativen Eingriff, wie auch über die Art seiner Ausführung sind die meisten Autoren zu einer gewissen Einigung gekommen. Das Abdomen wird in der Mitte der vorderen Bauchwand unterhalb des Nabels eröffnet. Der Einschnitt darf nicht zu klein sein, er muß wenigstens eine größere Partie der Bauch- und Beckenorgaue dem Gesichte zugängig machen und ausreichend sein, um das flüssige Exsudat so viel als möglich zu entleeren. Tillmanns empfiehlt, nach Eröffnung der Bauchhöhle nur das vorhandene Exsudat zu entfernen, dagegen jegliche Auswaschungen und zu starke Irritationen des Bauchfells zu unterlassen. Die Bauchwunde wird nach der Operation durch Nähte geschlossen, nur in Ausnahmefällen tamponiert.

Indikation zur Operation.

Geschichte und Statistik der Operation.

Ueber die operativen Resultate bei diesem Leiden liegen zahlreiche Erfahrungen vor. Im Jahre 1862 wurde erstmals die Behandlung der tuberkulösen, serösen Bauchfellentzündung mittels Bauchschnittes von Spencer Wells unternommen. Es geschah dies auf Grund einer falschen Diagnose, denn vor der Operation hatte man die Krankheit für einen Ovarientumor gehalten. Die Dame erholte sich nach der Operation, heiratete 4 Jahre später und war noch nach 27 Jahren gesund.

Seitdem hat man vielfach den Bauchschnitt bei tuberkulöser, seröser Bauchfellentzündung ausgeführt, da sich erfahrungsgemäss nach Punktion des Bauchraumes die Flüssigkeit sehr schnell wieder ansammelt. Bis zum Jahre 1893 sind nach der Zusammenstellung von Rörsch schon bei 358 Fällen solche Operationen ausgeführt worden von denen 253 d. i. 70 % geheilt sein sollen, und zwar

118 mehr als $^1/_2$ Jahr
79 mehr als 1 Jahr
53 mehr als 2 Jahre

und 83 d. i. 30 % gestorben, und zwar

20 bald nach der Operation
10 nach septischer Peritonitis
51 nach längerer Zeit an chronischer Tuberkulose.

Die besten Erfolge wurden bei der frischen, serös-eitrigen Form erzielt, die geringsten bei der diffus-eitrigen Bauchfelltuberkulose. Indessen sind diese Angaben einer strengen Kritik nicht gewachsen. Schon Jordan hatte hervorgehoben, daß die klinische und die anatomische Heilung nicht immer gleichbedeutend sei, denn es sind Fälle beobachtet, in denen der Erfolg noch nach Jahr und Tag ein guter schien, und doch das Leiden dann wieder auftrat. So sind denn die meisten Fälle viel zu kurze Zeit nach der Operation publiziert worden, um überhaupt als geheilt bezeichnet werden zu können. Der Laie hält sich eben für gesund, sobald er frei von

subjektiven Beschwerden ist, während der Mediziner auch auf Symptome achtet, die dem Kliniker für die Beurteilung eines Leidens von Wichtigkeit sind. Diese Erwägungen bestimmten mich, die Geschichte meiner eigenen Bauchfelltuberkulose niederzuschreiben. Meine Krankengeschichte bringt zwar nicht viel Neues, aber sie ist vielleicht nicht ohne Interesse dadurch, daß die Aufzeichnungen auf Grund genauester persönlicher Beobachtung nicht nur der langen Krankheitsperiode sondern auch der Rekonvaleszenz gemacht sind. Die fachmännische Schilderung der Rekonvaleszenz, das Dokument über eine erfolgreiche Therapie, erscheint mir von grösster Wichtigkeit als ein Beitrag zur Sammlung der wenigen Fälle, die sich mit dem Austritt aus der Klinik nicht der Beobachtung des Operateurs entziehen.

Krankengeschichte

Der Patient, der damals 23jährige Mediziner E. L., erkrankte im Oktober 1908. Die Familienanamnese besagt, daß der Vater im Alter von 53 Jahren an Arteriosklerose verstarb, die Mutter lebt und ist gesund, 1 Bruder starb im Alter von 19 Jahren an Lungentuberkulose, von den 3 lebenden Geschwistern ist 1 Schwester lungenleidend, 1 Bruder machte eine Sprunggelenkstuberkulose durch, die zur Ausheilung kam. Patient selbst, der kein Brustkind war, lernte mit 1 Jahr das Gehen und soll in den ersten Lebensjahren gesund und kräftig gewesen sein. Nachdem er Masern und Diphtherie durchgemacht hatte, bekam er mit ca. 7 Jahren eine Pleuritis und seitdem regelmässig jeden Winter Nasen- und Rachenkatarrhe, zeitweilig auch starken Bronchialkatarrh mit Fieber, Husten und Auswurf. Im Jahre 1905 litt er an Stirnhöhlenempyem, das einen operativen Eingriff notwendig machte, um dem Eiter Abfluß zu verschaffen.

Die jetzige Erkrankung setzte Anfang Oktober 1908 mit deutlichen Erscheinungen ein. Es traten Schmerzen in der Blasengegend auf, anfangs nur beim Urinieren, späterhin auch spontan, und verbreiteten sich ganz allmählich über das Abdomen. Da Patient auch früher schon Erscheinungen ähnlicher Art gehabt hatte,

die immer wieder vergingen, schenkte er ihnen keine Beachtung. Erst als auch vor und nach der Stuhlentleerung Schmerzen auftraten und mit gleichzeitiger Gewichtsabnahme die körperliche Leistungsfähigkeit vermindert wurde, begab sich Patient auf Anraten des konsultierten Arztes am 24. Oktober in Krankenhausbehandlung.

Der Untersuchungsbefund ergab:

Status: Mittelgrosser, junger Mann von reduziertem Ernäherungszustand. Schmaler, langer Thorax. Reine Haut, zarte Farben. Gesichtsfarbe frisch, fast hektisch. Cervikale, axillare und inguinale Drüsen erbs- bis bohnengroß, nicht druckempfindlich. Pupillarreflexe und Convergenz prompt.

Lungen: gleichmässige Atmung, kein Nachschleppen einer Seite.

Perkussion: Spitze R O etwas tiefer als L. Ueber der Spitze R Schallverkürzung.

Auskultation: unbestimmtes Atmen, keine Rasselgeräusche.

Herz: Töne rein, kein perikardiales Reiben.

Relat. Dämpfung: R 2,3
L 10,2

Absolut. Dämpfung: R 1,1
L 6,5

Spitzenstoss: IV. Interkostalraum.

Abdomen:

Zwerchfell: R VII. Rippe
L V. Interkostalraum.

Leber: Unterer Rand 2 Querfinger unter dem Rippenbogen.

Milz: nicht palpabel, keine Dämpfung.

Harn: Tagesmenge 410
spez. Gewicht 1030

Albumen	+	Aldehyd	+
Saccharum	—	Indican	+ +
Diazo	—,	Urobilin	+

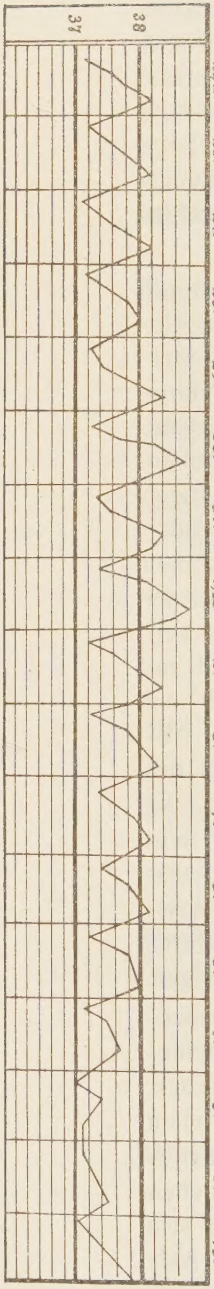
Sediment: wenig Leukocythen, keine Erythrocyten, keine Cylinder.

Blut: Hämoglobin 100
Erythrocyten 5 220 000
Leucocyten 7 120

Aus der Anamnese und der objektiven Untersuchung resultierte die Diagnose: **Peritonitis tuberkulosa exsudativa.**

Es wurde nun zunächst versucht, das Exsudat durch Einreibung des Abdomens mit Quecksilbersalbe zur Resorption zu bringen. Gleichzeitig wurden heisse Umschläge in Form von Heisswassertermophoren und Elektrostaten appliziert. Die Behinderung der Darmpassage wurde durch milde Laxantien und Klystiere behoben. Opium und Morphium waren zur Linderung der heftigen Schmerzen unentbehrlich. Das Exsudat nahm jedoch nicht ab, es bildete sich vielmehr auch in der rechten Pleurahöhle seröses Exsudat, das dem Patienten bei der Inspiration und besonders beim Husten Schmerzen verursachte. Profuse Schweisse, Appetitlosigkeit und andauernde Schlaflosigkeit, die mit Veronal, Trional und Chloralhydrat bekämpft wurde, hatten eine rasche Abmagerung zur Folge, so dass das Körpergewicht des Patienten von 59,2 kg in wenigen Wochen auf 52,5 kg sank. Die 24stündige Harnmenge war konstant sehr reduziert, 200—500 ccm, trotz reichlicher Flüssigkeitszufuhr. Die gegebenen Diuretika waren ohne nachweisbaren Einfluss. Zur Orientierung über die Temperaturen lasse ich nebenstehend die Kurven der ersten Wochen folgen.

Nach mehrwöchentlichem Gebrauch des Quecksilbers nahm das Exsudat ab, die täglich ausgeschiedene Harnmenge kehrte allmählich zur Norm zurück, auch die Temperaturen überschritten in der Folge nicht mehr 38°. Auch die Schmerzen wurden geringer, ebenso die Druckempfindlichkeit, so daß Patient nach 10 Wochen wieder einen grossen Teil des Tages ausser Bett sein konnte. Schmerzen bestanden nur mehr beim Aufrichten und bei Blasenentleerung. Die Temperaturen



waren subfebril. Nach dreimonatlicher Krankenhausbehandlung begab sich Patient nach dem Süden zur weiteren Kur in Sanatoriumsbehandlung. Jedoch schon nach 2 Monaten sah er sich durch heftige Schmerzen gezwungen, nach München zurückzukehren, um sich in chirurgische Behandlung zu begeben und eventuell durch einen operativen Eingriff von seinen Beschwerden befreit zu werden.

Bei der Untersuchung ist das Abdomen nicht aufgetrieben, leicht gespannt. Die Leber schliesst mit ihrem unteren Rand mit dem Rippenbogen ab. In der Ileocöcalgegend besteht Druckempfindlichkeit ohne daß hier, abgesehen von der mässigen Bauchdeckenspannung, etwas zu fühlen wäre. Am empfindlichsten ist eine circumskripte Stelle unterhalb des Nabels. Bemerkenswert ist, daß auf der rechten Bauchseite deutlich tympanitischer, auf der linken Bauchseite und in der Medianlinie gedämpft tympanitischer Schall besteht. Ein freies Exsudat in der Bauchhöhle lässt sich nicht nachweisen. Die Magen-Darmfunktion nach Wismutaufnahme ist röntgenologisch einwandfrei. Die vollständige Entleerung des Breies erfolgt innerhalb 22 Stunden. Auffallend ist, daß das rechte Colonknie relativ tief steht. Die Cystoskopie ergiebt einen vollkommen einwandfreien Blasenbefund. Die Blase ist nach keiner Seite hin verzogen, die Ureterenmündungen sind ganz gehörig, Ulcerationen sind in der Blase nicht sichtbar, das trabekuläre Gerüst ist stark entwickelt, die Prostata deutlich prominent. Bei der Rektaluntersuchung erweist sich die Prostata als mässig vergrössert, glatt und von halbweicher Konsistenz, Fluktuation ist nicht nachweisbar.

Am 10. April 1909 wurde die **Operation** in

Äther-Chloroformnarkose vorgenommen, Medianschnitt vom Nabel abwärts bis zur Symphyse. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fliesst etwas trübes dünnflüssiges Exsudat ab. Die vorliegenden Dünndarmschlingen sind von grossen, miliaren Knötchen übersät, auch der übrige Dünn- und Dickdarm sowie das parietale Peritoneum weisen eine Unzahl Knötchen auf. Das Peritoneum ist stellenweise verdickt, fibrös geartet. An zwei Stellen ist der Dünndarm mit dem parietalen Peritoneum der Nabelgegend adhärent. Es werden diese Adhärenzen gelöst, und der Dünndarm, der ziemlich stark entzündlich gereizt ist, eventeriert. Die Adhäsionsstellen werden übernäht und hierauf der Darm wieder reponiert. Die Operationswunde wird durch drei Etagennähte (Peritoneum und Faszie mit Catgut, die äussere Haut mit Seidenknopfnähten,) geschlossen und darüber ein Heftpflasterverband angelegt.

Nach der Operation zeigte Patient fortgesetzten Würgreiz und Erbrechen, peritoneale Entzündungserscheinungen waren jedoch nicht gegeben. Da Patient gar nichts behält, werden mehrmals 6 Tropfen einer 1% Alypinlösung gegeben, worauf das Erbrechen am 3. Tage sistiert. Nach 8 Tagen werden die Nähte entfernt, die Wunde ist reaktionslos verheilt bis auf eine kleine Stelle am unteren Wundwinkel, wo sich ein Hämatom gebildet hat. Das Allgemeinbefinden ist gut, nur beim und nach dem Urinieren bestehen Blasenbeschwerden, welche trotz Opium-Belladonna u. Cocainsuppositorien nicht weichen. Nachdem Patient noch einige Wochen mit Schmierseifeneinreibungen und elektrischen Lichtbädern behandelt wurde, konnte er am 8. Mai in **Sanatoriumsbehandlung** entlassen werden.

Nachbehandlung

Was bis zu jenem Tage durch den chirurgischen Eingriff erreicht war, liess sich damals noch nicht beurteilen. Das Symptom der Schmerzen bestand um diese Zeit — also 4 Wochen nach der Laparatomie — mehr denn zuvor, besonders beim Urinieren. Die Temperaturen, die zur Zeit der Operation 38° überschritten,

waren konstant subfebril. Ausserdem bestand mangelnde Esslust und Schlaflosigkeit. Hierin wurde aber durch den Klimawechsel und den Aufenthalt im Hochgebirge bald Wandel geschaffen. Die seit 8 Monaten bestehenden Temperaturerhöhungen nahmen im Verlauf von mehreren Wochen ab. Zur Beseitigung der Schmerzen, die durch ihre Heftigkeit oftmals Bettruhe notwendig machten, und zur Bekämpfung des tuberkulösen Processes wurde eine umfangreiche Therapie eingeleitet nach modernen physikalisch-diätetischen Prinzipien. Elektrische Lichtbäder mit Glühlicht und Bogenlicht, Sonnenbäder, Thermophor, Schmierseife nnd hydrotherapeutische Massnahmen waren die wichtigsten Faktoren, die durch eine streng durchgeführte vegetarische Diät und Freiluftliegekuren sich zu einer Kette täglicher Proceduren vereinigten. Bald musste jedoch von rein vegetarischer Ernährung abgesehen werden, da sie zwar einerseits die Obstipation beseitigte und so schmerzlindernd wirkte, aber andrerseits chronische Durchfälle hervorrief, durch die Patient infolge Gewichtsverlustes bedeutend geschwächt wurde. Wie die übrigen Therapeutika im einzelnen gewirkt haben, lässt sich bei ihrer Fülle leider nicht entscheiden. Sicher wurde aber nachgewiesen, dass lange dauernde Anwendung der elektrischen Lichtbäder nicht ohne schädigenden Einfluss auf das Herz ist. Das wirksamste Agens scheint doch Luft und Sonne gewesen zu sein, jene Faktoren, die dem Prinzip der Freiluftliegekuren immer neue Anhänger gewinnen.

Nach dreimonatlicher Kur verliess Patient das Sanatorium. Nach weiteren drei Monaten Gebirgsaufenthaltes und Schonung fühlte er sich kräftig genug, um nach mehr als einjähriger Pause seinen Berufsarbeiten wieder nachzugehen. Bald zeigte sich jedoch wieder Gewichtsabnahme und Steigerung der Schmerzen, durch die Patient veranlasst wurde, seine Studien abermals zu unterbrechen und neuerdings Aufenthalt in einem Sanatorium zu nehmen, wo sich sein Zustand bald wieder besserte. Das Allgemeinbefinden hob sich

in kurzer Zeit, so daß P. der schon nach zweiwöchentlicher Kur eine Gewichtszunahme von 3 kg. zu verzeichnen hatte, leichtere Arbeiten ohne besondere Beschwerden verrichten konnte.

Seitdem ist in dem Befinden des Patienten keine wesentliche Aenderung mehr eingetreten. Er hat zwar immer noch Schmerzen, die von Zeit zu Zeit heftiger werden aber durch Anwendung von Wärme sei es durch heisse Bäder oder Applikation von heissen Umschlägen und Bettruhe wieder vermindert werden können. Abgesehen von anhaltender Obstipation fühlt sich Patient relativ wohl bei grösstmöglichster körperlicher Schonung. Strapazen irgendwelcher Art oder die geringste körperliche Schädigung wird sofort mit deutlichen Reaktionen beantwortet. Daraus erhellt, daß noch keine restitutio ad integrum eingetreten ist, daß nicht ein Fall von Heilung, sondern ein in Heilung begriffener Fall vorliegt. Aus der Erwägung, daß die Operation schon weiter als zwei Jahre zurückliegt, rechtfertigt sich die eingangs aufgestellte Behauptung, daß die meisten Fälle viel zu kurze Zeit nach der Operation als „geheilt“ veröffentlicht werden, und das Misstrauen gegenüber den glänzenden Statistiken, die mit den angeblich eklatanten Heilungen Reklame machen.

Warum sind nun die Resultate der Laparatomie bei Bauchfelltuberkulose so verschieden? Wir finden eine Erklärung dafür in den verschiedenen Formen der tuberkulösen Peritonitis. Man sagte z. B., bei der trockenen Peritonis tuberculosa könne der Einschnitt nichts nützen, da wenig oder gar kein Exsudat entfernt werde. Dagegen behauptet König, daß alle Formen der tuberkulösen Peritonitis durch jenen operativen Eingriff geheilt werden können. Auch Jordan erklärte, daß die Peritonitis tuberculosa sicca ebenfalls heilbar sei, die Eröffnung des Leibes führe zur Lösung bestehender Verwachsungen und zur Resorption der Schwarten, während dagegen Truc die These aufstellte, daß bei chronischer, tuberkulöser Peritonitis nur ein eitriger Er-

guß, der meist abgekapselt sei, eine operative Behandlung erfordere.

Manchen Autoren erschien auch die angeblich heilende Wirkung eines einfachen Einschnittes mit Entleerung eines Teiles der intraabdominellen Flüssigkeit auf die unzähligen, in der Bauchhöhle zurückgebliebenen Tuberkelbazillen sehr unwahrscheinlich. Sie hoben hervor, daß keine der bisher zu diesem Zweck aufgestellten Theorien genüge und namentlich auch, daß die angewandten antibakteriellen Mittel keinen besonders günstigen Einfluß zu haben schienen. Die Erfahrung der letzten Jahre hat jedoch gezeigt, daß die Laparatomie heilend wirkt durch die Beseitigung des Ascites mit den darin befindlichen Bazillen und ihren Stoffwechselprodukten und die dadurch erzielte Verringerung des intraabdominellen Druckes, die vermehrte Zirkulation infolge der Entlastung der Blut- und Lymphbahnen mit entsprechend erhöhter Blutzufuhr, welche auch durch die verschiedenen Hantierungen in der Bauchhöhle herbeigeführt wird, endlich die nach der Operation wohl stets auftretende und mehr oder weniger lang anhaltende vermehrte Blutzirkulation, die venöse Hyperämie und die reaktionäre Entzündung mit Auswanderung weisser Blutkörperchen, Gefäß- und Bindegewebsneubildung. Es kommt zu einer Degeneration der die Tuberkeln zusammensetzenden Zellen und mit ihnen auch der Bazillen, so daß der Tuberkel als solcher verschwindet. Dazu kommt, daß die im Blut befindlichen antibakteriellen Stoffe (Antitoxine) gegen die Tuberkelbazillen eine erhöhte Wirkung entfalten. Ob nun auch die Wirkung des Lichtes eine wesentliche Rolle spielt, ist wohl mehr noch als fraglich, ebenso muß die Annahme, daß es die Einwirkung der Luft sei, welche die Heilung herbeiführe, noch nicht als erwiesen angesehen werden.

Es wird zwar von zwei Fällen berichtet, in denen durch Punktion des Leibes, Ablassen der Flüssigkeit und Einblasen einer durch Watte sterilisierten und auf

Körpertemperatur erwärmten Luft, welche nach einiger Zeit wieder ausgelassen wurde, Heilung erzielt wurde. Allein daß all die unzähligen Knötchen im Peritoneum durch dieses Verfahren wirklich beseitigt worden seien, ist mindenstes zweifelhaft, weil die Luft noch viel schwieriger mit allen Partien des Bauchfells in Kontakt gebracht werden kann, als eine eingespritzte Flüssigkeit.

Wenn also auch eine allseitig befriedigende Erklärung für die Wirkung der Laparatomie bei der tuberkulösen Peritonitis noch nicht gefunden worden ist, so lässt sich doch die Tatsache sicher nicht leugnen, daß durch den operativen Eingriff der Zustand der betreffenden Patienten wesentlich gebessert werden kann. Freilich ist die Operation noch lange nicht der letzte Akt in der Behandlung der Bauchfelltuberkulose. Der Erfolg der Operation besteht eben darin, daß sie im Verein mit einer nachfolgenden, internistischen d. h. physikalisch-diätetischen Behandlung einen neuen Weg zur Heilung zu bahnen vermag. Wo aber die Möglichkeit einer lange dauernden Nachbehandlung im Sinne moderner Tuberkulosebehandlung fehlt, wird auch die Basis, die die Operation gegeben, wieder locker.

In neuester Zeit wird von Fritsch im Anschluss an die Laparatomie eine Behandlung mit Alt-Tuberkulin empfohlen, durch das auch Birnbaum gute Resultate erzielte. Bisher stand man der Behandlung mit Tuberkulin bei Tuberkulose der serösen Häute sehr skeptisch gegenüber. Dieser Skeptizismus erscheint aber unberechtigt, wenn man von den Erfolgen hört, die Bandelier und Röpke in ihrem Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose veröffentlichen. Nach diesen Mitteilungen soll Schenker einen hoffnungslosen Fall von Bauchfelltuberkulose mittels Mamorekserum zur Heilung gebracht haben. An der Göttinger Frauenklinik waren die letzten Erfahrungen mit Tuberkulin so überraschend gut, daß dort seit Einführung des Tuberkulins bei tuberku-

löser Peritonitis überhaupt nicht mehr laparatomiert wird.

Auf der einen Seite begegnen wir also grossem Misstrauen gegen das Tuberkulin mit Propaganda für die operative Behandlung, auf der anderen Seite finden wir grosse Erwartungen vom Tuberkulin, nach denen die Laparatomie schon wieder als überwundener Standpunkt gilt. Nehmen wir das Mittel! Wählen wir eine Therapie nach individuellem Ermessen, oder wie Fritsch empfohlen hat, in geeigneten Fällen eine Kombination von der Ansicht ausgehend, daß die Operation nicht Selbstzweck der Therapie, sondern hier nur Mittel zum Zweck ist.

Am Schlusse meiner Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Univ.-Prof. Geh. Rat von Angerer für die Ueberlassung des Themas und Herrn Dr. Dax, Assistenzarzt der chirurg. Klinik, für Uebernahme der Korrektur meinen verbindlichsten Dank an dieser Stelle zum Ausdruck zu bringen.

Lebenslauf.

Am 16. Dezember 1885 wurde ich in Rosenheim als der Sohn eines Kaufmanns geboren. Schon früh verlor ich meinen Vater, dem 2 Jahre später ein Bruder im Alter von 19 Jahren im Tode folgte.

Schwere Krankheiten in der Familie und eigenes körperliches Leiden weckten frühzeitig in mir das Interesse für die Medizin, die mich am Gymnasium schon in meinen Mussestunden viel beschäftigte. So reifte in mir der Entschluss, Arzt zu werden.

Nach Absolvierung des humanistischen Gymnasiums in Rosenheim bezog ich im Herbst des Jahres 1905 die Universität in München und im Herbst des Jahres 1909 die Universität in Würzburg, an der ich meine Studieen beendete. Im Sommer 1908 kam ich als Coassistent in der chirurgischen Klinik in München erstmals in engere Berührung mit Kranken. Aber nicht lange sollte ich das Glück haben, mir hier Kenntnisse zu sammeln. Ein schweres Leiden warf mich auf das Krankenlager, und wenige Monate später musste ich mich selbst auf jenen Tisch legen, an dem ich meinem Chef, dem damals zur chirurgischen Klinik kommandierten Militäroberarzt F. Mohr, vorher so oft assistieren durfte. Meine Krankheit zwang mich, meine Studien auf ein Jahr zu unterbrechen. Was ich dadurch einerseits versäumte, habe ich andrerseits wieder gewonnen durch eine Fülle von Eindrücken, die ich trotz des teuren Preises, mit dem sie erkauft sind, heute nicht mehr entbehren möchte. Und wenn ich jetzt in die Praxis trete, ist es mir ein nicht zu unterschätzender Gewinn, die Schmerzen des Kranken ermessen und nachfühlen zu können in Erinnerung meiner eigenen.

Benützte Literatur.

Bandelier und Röpke: „spezifische Diagnostik und Therapie der Tuberkulose". A. Stubers Verlag, Würzburg 1911.
Centralblatt für Chirurgie: 1887. 1890. 1895.
Revue de chirurgie: 1893 No. VII.
Eulenburg: Realencyklopädie.
Tillmanns: Lehrbuch der spez. Chirurgie 1904